

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY
1910-1911

N° 4

Des Luxations brusques

AU

Début de la Coxalgie

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 13 Janvier 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Louis VAUTIER

Né le 17 Décembre 1884, à Raucourt (Ardennes)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. RÖHMER, professeur	Président.
		HOCHÉ, professeur	Juges.
		FRÉLICH, agrégé.....	
		ROBERT, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

—
1911

1910-1911

No 4

AU

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ACAD.
NO. 147.
BIBL.

Né le 17 Décembre 1884, à Raucourt (Ardennes)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. ROEMER, professeur	} <i>Président.</i>	
		HOCHE, professeur		
		FRELICH, agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		ROBERT, agrégé		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANC. IMPRIMERIE VAGNER, 3, RUE DU MANÈGE

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O , I Q.

Assesseeur : M. BERNHEIM, ✱, I ✱.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, *, I Q; NICOLAS, I Q; PRENANT, I Q.

Professeurs

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS O *, I Q, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, *, I Q, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I Q, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS, *, I Q, professeur.
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I Q, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I Q, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. HERRGOTT, *, I Q, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I Q, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I Q, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, I Q, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.....	M. SIMON, I Q, professeur.
Histologie.....	M. BOUIN, I Q, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I Q, professeur.
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I Q, professeur.
Médecine légale.....	M. PARISOT, I Q, professeur.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I Q, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. ANCEL, A Q, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I Q, agrégé.

Professeurs-Adjoints

Clinique d'électrothérapie (Fondation de l'Université)	M. GUILLOZ I O.
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I O.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des vieillards.....	M. ETIENNE, I Q agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A Q, agrégé.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I Q, agrégé libre.
Fondation de	M. FRÉLICH, I Q, agrégé libre
l'Université	
{ Clinique d'orthopédie..... Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... Clinique des voies urinaires..	M. JACQUES, I Q, agrégé libre.. M. ANDRÉ, I Q, agrégé libre. M. PARIS, A Q.
Clinique des maladies mentales.....	

Agréés en exercice

MM. LAMBERT, I O.	MM. RICHON, A O.	MM. COLLIN, A O.
L. SPILLMANN, A. O.	G. GROSS, A O.	DUFOUR, A O.
MICHEL, A O.	FRUHINSHOIZ, A O.	SENCERT. A O.
HOCHÉ, I O.		ROBERT, A O.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. REMY, A Q; FÉVRIER, *, I Q; ÉTIENNE, I Q;
ZILGIEN, A Q; FRELICH, I Q; SCHUHL, I Q; JACQUES, I Q, ANDRÉ, I Q.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, *, [✱]_{off}, I O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

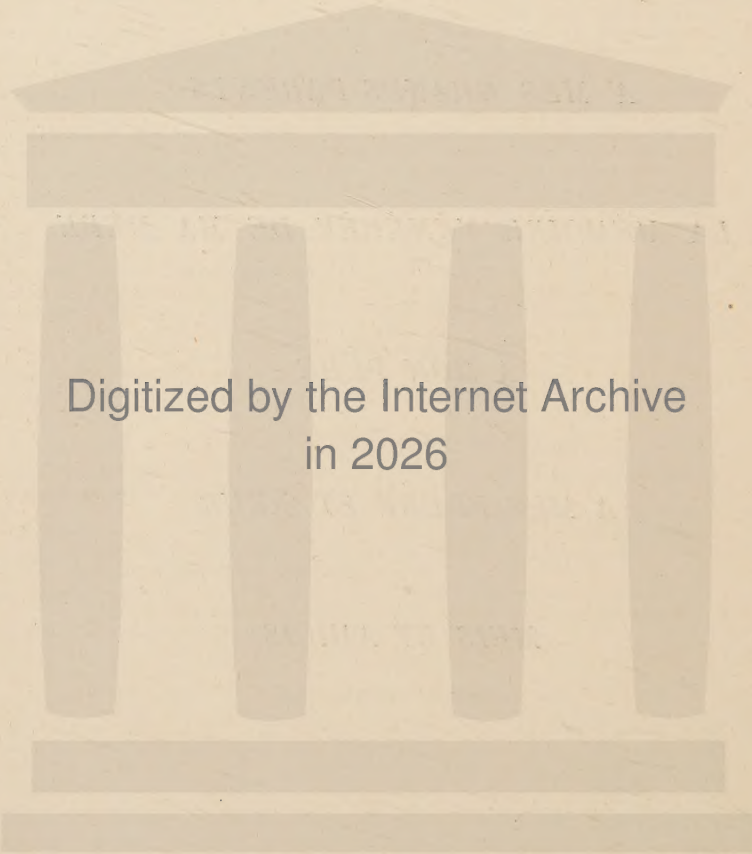
A MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRE ET SŒUR

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter la Faculté de Médecine de Nancy, nous sommes heureux de remercier les maîtres qui nous ont témoigné leur bienveillance au cours de nos études.

Dans le service de M. le Professeur Rohmer, nous avons puisé un enseignement précis et essentiellement pratique, qui nous servira toujours de guide. Il veut bien aujourd'hui accepter la présidence de notre thèse. Qu'il reçoive ici, avec nos remerciements, l'hommage de ce modeste travail.

M. le Professeur Hoche a bien voulu accepter d'être notre juge ; qu'il soit assuré de notre plus vive reconnaissance.

C'est à M. le Professeur Frœlich que nous devons l'idée de notre thèse. Ses savantes leçons et ses conseils ont grandement facilité notre tâche. Qu'il veuille bien croire à nos sentiments de profonde gratitude.

Nous remercions aussi M. le Professeur agrégé

Robert, qui, avec sa complaisance habituelle, a bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

Qu'il nous soit permis aussi de dire à M. le Professeur Bouin combien nous lui sommes obligé de l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter et des marques de bienveillance qu'il nous a prodiguées.

Nos années d'études à Nancy nous laisseront les meilleurs souvenirs, grâce aux bons camarades, aux amis, que nous y avons rencontrés. Nous les assurons ici de notre amitié la plus cordiale.

Nous nous garderons bien d'oublier M. Ghérardi, qui, au secrétariat, a fait preuve à notre égard d'une amabilité, dont il est coutumier à l'égard des étudiants.



CHAPITRE PREMIER

Historique.

Nous avons trouvé dans la littérature médicale, aussi bien chez les auteurs anciens que chez les modernes, de très nombreuses publications relatives à la coxalgie ; mais rares sont les observations portant sur les luxations soudaines du début de cette affection. D'ailleurs, les auteurs anciens étaient loin d'être d'accord sur la signification à attribuer au mot : coxalgie.

Sous ce nom, en effet, ils ont décrit diverses affections de la hanche, offrant les mêmes symptômes à une certaine époque de leur évolution, mais distinctes à leur début par leur étiologie, par certaines lésions spéciales, et, par la nature de ces lésions.

C'est M. Lannelongue qui a enfin donné au mot coxalgie son acception définitive : ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation coxo-fémorale.

De plus, comme l'étiologie de la coxalgie leur était obscure, les anciens auteurs s'attachèrent pres-

que exclusivement à en décrire les symptômes les plus frappants : attitudes vicieuses et luxations ; aussi, prenant l'effet pour la cause, le symptôme pour la lésion, ils désignèrent la coxalgie par les termes de « luxation spontanée ou consécutive » du fémur : expression prêtant à confusion et à erreur. Quand bien même cette dénomination s'appliquerait à l'ostéo-arthrite tuberculeuse de la hanche, remarquons combien elle serait défectueuse, inexacte. En effet, les luxations des périodes avancées de la coxalgie, seules envisagées par les anciens, « se produisent lentement, graduellement, progressivement, « par écoulement, usure, destruction des surfaces osseuses en contact ; il n'y a donc pas luxation des « rapports osseux ; pseudo-luxation si l'on veut. »

Boyer, Humbert de Morley, Malgaigne (*Leçons d'Orthopédie*, 1862), décrivent des luxations qui se sont produites au cours des maladies infectieuses aiguës, telles que rhumatisme articulaire aigu et fièvre typhoïde. Ils les appellent aussi « luxations spontanées ». Donc, des faits ne ressortissant nullement à la coxalgie, mais à la classe des luxations consécutives aux maladies aiguës ont été décrits par les auteurs anciens sous le terme ambigu de « luxations spontanées ».

Ainsi, nous ne trouvons chez eux aucun renseignement sur les luxations vraies se produisant brusquement et spontanément dans les premières phases de la coxalgie.

Depuis M. Lannelongue, les auteurs qui se sont occupés de la coxalgie n'ont eu en vue que les luxa-

tions de la période terminale de cette affection ; les luxations du début sont totalement passées sous silence.

Il y a quelques années, M. Kirmisson et ses élèves, MM. Caboche et Joüon, publièrent six observations de luxations soudaines, spontanées et précoces dans le cours de la coxalgie. L'une d'elles fut recueillie dans le service de M. Gérard-Marchant, à l'hôpital Boucicaut ; M. Berger en fit l'objet d'une communication à l'Académie de médecine en 1900.

Il nous a été donné d'observer, dans le service de M. le professeur Frœlich, un cas analogue.

CHAPITRE II

Observations.

OBSERVATION I

Luxation brusque dans la fosse iliaque externe survenant quatre mois après le début d'une coxalgie. — Réduction facile sous chloroforme, par les procédés de douceur. — Absès fessier consécutif, traité par la ponction, des injections d'éther iodoformé et l'ignipuncture. — Guérison complète.

(Publiée par le professeur KIRMISSON.)

Le premier fait qui ait attiré mon attention sur cette question, dit M. Kirmisson, est celui d'une fillette de douze ans, Laure G..., entrée dans mon service le 2 mai 1895. Sur le livret de cette enfant, nous trouvons signalé un premier accès de douleur dans la cuisse droite, en mai 1894. Elles disparaissent bientôt ; mais en janvier 1895, elles se reproduisent, et, le 2 mars, le médecin mentionne que le membre inférieur droit est plus long et plus volumineux que le gauche. Le 8 avril, on constate au contraire de l'amaigrissement de la cuisse droite ; on se demande s'il s'agit de douleurs rhumatismales, d'osteite ou de coxalgie. C'est dans ces conditions que la malade nous est adressée aux enfants assistés, le 2 mai 1895.

A son entrée, nous constatons que, la malade étant dans le décubitus dorsal, le membre inférieur droit se présente à nous en flexion légère, adduction et rotation en dedans.

L'atrophie du membre est manifeste ; la mensuration pratiquée à quatre travers de doigts au-dessus de la base de la rotule donne pour circonférence de la cuisse malade 28 centimètres, tandis que la cuisse saine mesure dans le même endroit 30 centimètres.

La percussion du genou détermine une douleur très vive au niveau de l'articulation de la hanche, de même que la pression au niveau du grand trochanter. La pression profonde, dans le triangle de Scarpa, au-devant des vaisseaux fémoraux, est également douloureuse ; on perçoit en ce point une masse ganglionnaire, rien dans la fosse iliaque interne.

Du reste, les douleurs éprouvées par la malade sont tellement intolérables que tout examen approfondi de l'articulation est impossible.

Dans ces conditions, le 3 mai, la malade est transportée dans la salle d'opération et endormie. Je puis dès lors faire une palpation attentive de la hanche, qui me permet de reconnaître, d'une façon évidente, l'existence d'une luxation dans la fosse iliaque externe ; tous les mouvements imprimés à la diaphyse fémorale se communiquent à la tête mobile dans la fosse iliaque externe ; les deux os frottent l'un contre l'autre avec un bruit caractéristique. J'imprime à la cuisse des mouvements de plus en plus étendus de circumduction ; enfin le membre étant dans la demi-flexion et dans l'abduction, j'exerce avec les pouces des pressions directes en arrière du grand trochanter ; la tête fémorale glisse alors peu à peu en dedans et en avant et réintègre la cavité cotyloïde, ainsi que le démontre l'attitude et la longueur du membre redevenu tout à fait normales.

La palpation révèle dans la fosse iliaque interne la présence d'une tumeur ganglionnaire fluctuante ; le toucher rectal démontre un certain degré d'empâtement vers le fond de la cavité cotyloïde ; mais, pas d'abcès de ce côté. Je faisais observer à mes élèves que, dans ces conditions, l'apparition de la suppuration au dehors était bien probable, et que peut-être certains de mes collègues, au lieu de chercher la réduction de la luxation, préféreraient avoir recours d'emblée à la résection de la tête fémorale.

Pour moi, fidèle aux principes de conservation qui me guident d'une façon constante dans le traitement de la tuberculose chirurgicale chez les enfants, je profonds de beaucoup la réduction, qui, dans ce cas, avait pu être obtenue sans indication. Je me contentai donc de maintenir la réduction au moyen d'un appareil à ressort, qui maintint le membre dans une position d'abduction moyenne, en même temps que j'exerçais l'extension continue avec un poids de quatre kilogs. au bout de six semaines, le membre était dans une position normale.

Mes prévisions ne se sont pas attendues longtemps, en effet, le 14 juin, l'appareil plâtre étant soigné, nous constatons l'existence d'un volumineux abcès fessier, faisant saillie en dehors de la cuisse.

Nous faisons une ponction aspiratrice de cet abcès, qui communique avec l'articulation coxo-fémorale. Nous en avons la preuve dans ce fait que les pressions exercées sur l'articulation effondrée au yd de l'aiguille accélèrent l'écoulement du pus. Le liquide est séreux.

A chaque instant la canule en est obstruée, et il est nécessaire de faire un lavage à la gaze à l'aide d'un biberon qui se vide par la canule. Le pus est blanc, épais, et se coagule au contact de l'air. Le 22 juillet, le 23 juillet, le 24 juillet, le 25 juillet, le 26 juillet, le 27 juillet, le 28 juillet, le 29 juillet, le 30 juillet, le 31 juillet, le 1er août, le 2 août, le 3 août, le 4 août, le 5 août, le 6 août, le 7 août, le 8 août, le 9 août, le 10 août, le 11 août, le 12 août, le 13 août, le 14 août, le 15 août, le 16 août, le 17 août, le 18 août, le 19 août, le 20 août, le 21 août, le 22 août, le 23 août, le 24 août, le 25 août, le 26 août, le 27 août, le 28 août, le 29 août, le 30 août, le 31 août, le 1er septembre, le 2 septembre, le 3 septembre, le 4 septembre, le 5 septembre, le 6 septembre, le 7 septembre, le 8 septembre, le 9 septembre, le 10 septembre, le 11 septembre, le 12 septembre, le 13 septembre, le 14 septembre, le 15 septembre, le 16 septembre, le 17 septembre, le 18 septembre, le 19 septembre, le 20 septembre, le 21 septembre, le 22 septembre, le 23 septembre, le 24 septembre, le 25 septembre, le 26 septembre, le 27 septembre, le 28 septembre, le 29 septembre, le 30 septembre, le 1er octobre, le 2 octobre, le 3 octobre, le 4 octobre, le 5 octobre, le 6 octobre, le 7 octobre, le 8 octobre, le 9 octobre, le 10 octobre, le 11 octobre, le 12 octobre, le 13 octobre, le 14 octobre, le 15 octobre, le 16 octobre, le 17 octobre, le 18 octobre, le 19 octobre, le 20 octobre, le 21 octobre, le 22 octobre, le 23 octobre, le 24 octobre, le 25 octobre, le 26 octobre, le 27 octobre, le 28 octobre, le 29 octobre, le 30 octobre, le 31 octobre, le 1er novembre, le 2 novembre, le 3 novembre, le 4 novembre, le 5 novembre, le 6 novembre, le 7 novembre, le 8 novembre, le 9 novembre, le 10 novembre, le 11 novembre, le 12 novembre, le 13 novembre, le 14 novembre, le 15 novembre, le 16 novembre, le 17 novembre, le 18 novembre, le 19 novembre, le 20 novembre, le 21 novembre, le 22 novembre, le 23 novembre, le 24 novembre, le 25 novembre, le 26 novembre, le 27 novembre, le 28 novembre, le 29 novembre, le 30 novembre, le 1er décembre, le 2 décembre, le 3 décembre, le 4 décembre, le 5 décembre, le 6 décembre, le 7 décembre, le 8 décembre, le 9 décembre, le 10 décembre, le 11 décembre, le 12 décembre, le 13 décembre, le 14 décembre, le 15 décembre, le 16 décembre, le 17 décembre, le 18 décembre, le 19 décembre, le 20 décembre, le 21 décembre, le 22 décembre, le 23 décembre, le 24 décembre, le 25 décembre, le 26 décembre, le 27 décembre, le 28 décembre, le 29 décembre, le 30 décembre, le 31 décembre.

Le 8 juillet, nous faisons une seconde ponction qui donne issue à une petite quantité de liquide séreux mêlé de grumeaux caseux: injection de 10 grammes de la solution de chlorure de sodium à 12 cent. et 1 gramme d'iodure de potassium à 10 cent. et immobilisation au moyen d'une attelle plâtrée.

Le 23 août, l'appareil plâtre est remplacé par un appareil métallique embrassant la cuisse et le bassin: celui-ci, à son tour, est enlevé le 14 octobre. Par suite de la pression de l'appareil métallique, le 25 octobre, le 26 octobre, le 27 octobre, le 28 octobre, le 29 octobre, le 30 octobre, le 31 octobre, le 1er novembre, le 2 novembre, le 3 novembre, le 4 novembre, le 5 novembre, le 6 novembre, le 7 novembre, le 8 novembre, le 9 novembre, le 10 novembre, le 11 novembre, le 12 novembre, le 13 novembre, le 14 novembre, le 15 novembre, le 16 novembre, le 17 novembre, le 18 novembre, le 19 novembre, le 20 novembre, le 21 novembre, le 22 novembre, le 23 novembre, le 24 novembre, le 25 novembre, le 26 novembre, le 27 novembre, le 28 novembre, le 29 novembre, le 30 novembre, le 1er décembre, le 2 décembre, le 3 décembre, le 4 décembre, le 5 décembre, le 6 décembre, le 7 décembre, le 8 décembre, le 9 décembre, le 10 décembre, le 11 décembre, le 12 décembre, le 13 décembre, le 14 décembre, le 15 décembre, le 16 décembre, le 17 décembre, le 18 décembre, le 19 décembre, le 20 décembre, le 21 décembre, le 22 décembre, le 23 décembre, le 24 décembre, le 25 décembre, le 26 décembre, le 27 décembre, le 28 décembre, le 29 décembre, le 30 décembre, le 31 décembre.

méthodiquement. Le 1^{er} septembre, M. Broca pratiqua chez elle un redressement du genou, suivi de l'application d'un appareil plâtré.

A la suite de cette intervention, la jeune fille quitta l'hôpital. Elle y fut ramenée par ses parents à la fin de septembre, parce qu'elle se plaignait de douleurs au niveau de la hanche droite ; douleurs survenues spontanément. Il y avait en outre de la limitation des mouvements, l'abduction était douloureuse et très limitée, la flexion impossible ; les mouvements qu'on cherchait à imprimer à la hanche se transmettaient au bassin. Douleur à la pression au niveau du triangle de Scarpa, à la percussion sur le talon. En présence de ces symptômes, M. Broca fit le diagnostic de coxalgie et conseilla le repos absolu au lit et l'usage de l'extension continue. Or au bout de deux mois, à la fin de novembre, pendant que la malade était chez elle, *au lit*, le membre se déforma brusquement et se porta dans l'inversion totale jointe à la flexion où il était encore quand la malade entra dans notre service à la fin de janvier.

Le membre vient croiser la cuisse du côté sain, il existe un raccourcissement réel. Le grand trochanter, refoulé en haut et en dehors, fait une saillie manifeste du côté externe de la hanche.

Il est remonté de 2 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton.

La palpation révèle dans la fosse iliaque externe la présence de la tête fémorale, à laquelle se transmettent tous les mouvements de rotation imprimés à la diaphyse elle-même.

Le 1^{er} février 1898, la malade est endormie et la réduction opérée sous chloroforme par les procédés de douceur ; elle est complétée par des pressions exercées sur le grand trochanter, pendant qu'un aide maintient le membre dans une position de flexion combinée à l'abduction forcée. On sent la tête fémorale qui glisse peu à peu en avant et qui pénètre dans la cavité cotyloïde. L'immobilisation est obtenue au moyen d'une gouttière plâtrée antérieure, embrassant la cuisse et le bassin, et l'extension continue exercée à l'aide d'un poids de 3 kilos. La réduction s'est bien maintenue ; l'enfant quitte l'hôpital le 10 avril 1898 ; en novembre, le membre avait conservé sa longueur et son attitude normales ; la malade marche avec des béquilles.

OBSERVATION III

Luxation brusque de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. — Réduction sous chloroforme par les manœuvres de douceur. — Immobilisation par un appareil plâtré. — Absès consécutif.

(Publiée par M. le professeur KIRMISSON.)

Un enfant de 6 ans, Eugène S..., avait été soigné par moi aux Enfants-Assistés pour une coxalgie droite. En janvier 1898, il me fut présenté de nouveau à l'hôpital Trousseau, portant toujours l'appareil plâtré que je lui avais appliqué pour sa coxalgie droite, mais accusant en outre, depuis quelques jours, des douleurs dans la hanche gauche.

Tous les mouvements étaient conservés, il n'y avait ni contracture, ni augmentation de volume de l'articulation. Aussi, nous espérâmes qu'il s'agissait peut-être là de simples douleurs rhumatismales et nous conseillâmes d'administrer à l'enfant un peu de salicylate de soude. Aussi grand fut notre étonnement lorsque, un mois plus tard, au début de février, l'enfant nous fut présenté à nouveau et que nous pûmes constater tous les signes d'une luxation complète de la tête fémorale gauche dans la fosse iliaque externe.

La tête est facilement appréciable dans la fosse iliaque externe, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Le membre est dans une flexion légère combinée à la rotation en dedans et à une adduction considérable. On constate, en outre, de l'empâtement au niveau du triangle de Scarpa et du grand trochanter.

Le 8 février 1898, on pratique la réduction sous chloroforme par les procédés de douceur, c'est-à-dire en imprimant au membre une position de flexion et d'abduction pendant laquelle la tête fémorale glisse sur l'os iliaque et réintègre la cavité cotyloïde. L'immobilisation est obtenue au moyen d'un appareil plâtré.

Sur la demande des parents, le petit malade quitte l'hôpital trois jours plus tard, c'est-à-dire le 11 février.

Il nous est présenté de nouveau le 25 mars. Nous constatons à ce moment que l'attitude du membre est restée bonne, mais qu'il s'est produit, au-dessus et en arrière du grand trochanter, un abcès fessier.

Le 25 mars, ponction donnant issue à du pus franchement caséeux, injection de 10 grammes d'éther iodoformé.

Cette fois encore, malgré notre avis, les parents ont voulu emmener leur enfant immédiatement après l'opération, aussi ne saurions-nous dire ce qu'il est devenu.

OBSERVATION IV

Luxation brusque de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, trois mois après le début apparent de la coxalgie. Réduction sous chloroforme par les procédés de douceur. Résultat excellent.

(Résumé de l'observation de M. le Professeur KIRMISSON.)

Louise B..., 11 ans, la mère est morte de tuberculose pulmonaire. En août 1898, la fillette tombe, les cuisses écartées ; on ne constate alors aucune lésion sérieuse, mais à partir de ce jour l'enfant a constamment boité. Le 11 octobre, brusquement, au matin, on constate un grand changement ; la malade ne peut se tenir debout et accuse de vives douleurs dans la hanche gauche. La malade rentre le 21 octobre 1898 à l'hôpital Trousseau dans le service de M. Kirmisson, qui constate des signes évidents de luxation de la tête du fémur gauche dans la fosse iliaque externe : le membre est dans la flexion associée à une inversion considérable (adduction, rotation interne), le grand trochanter est à 2 centimètres au dessus de la ligne de Nélaton, douleurs intenses.

Le 22 novembre 1898, M. Kirmisson réduit la luxation sous chloroforme par le procédé de douceur ; on exagère la flexion jusqu'à ce que la cuisse touche l'abdomen, puis on imprime au membre des mouvements de plus en plus étendus de circumduction ; pendant l'un de ces mouvements la tête descend brusquement et vient se placer en arrière de la cavité cotyloïde avec un

craquement osseux caractéristique ; en combinant alors la flexion à l'abduction et à la rotation externe, on le fait passer en avant et on le sent qui réintègre la cavité cotyloïde. Dès lors le membre reprend sa longueur et son attitude normales. On l'immobilise au moyen d'un appareil plâtré.

A partir de ce moment l'enfant a complètement cessé de souffrir ; le sommeil et l'appétit sont revenus, en un mot l'état général est excellent.

L'enfant sort le 14 avril 1899.

OBSERVATION V

Luxation brusque de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe dans les premiers jours d'une coxalgie. Réduction sous chloroforme par les procédés de douceur. Absès consécutif que l'on ponctionne quatre fois. Bons résultats.

(Résumé de l'observation de M. KIRMISSON.)

Marcel F..., 6 ans, d'une santé délicate, souffrait depuis quelque temps du genou gauche ; il commence à boiter et à souffrir de la hanche gauche vers la fin de janvier 1900. Le 13 février sa mère, en voulant le lever, constate une flexion énorme de la cuisse gauche qui est, de plus, déviée en dedans ; le petit malade ne peut poser le pied à terre. L'enfant rentre le 16 février 1900 dans le service de M. Kirmisson qui constate tous les signes d'une luxation fémorale gauche dans la fosse iliaque externe : la cuisse est fléchie presque en angle droit en adduction telle qu'elle croise la face interne de la cuisse droite à l'union du tiers supérieur avec les 2/3 inférieurs.

Le grand trochanter est remonté à 3 centimètres au dessus de la ligne de Nélaton, l'état de maigreur de l'enfant permet de sentir très nettement la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. La radiographie fait voir la tête fémorale à son niveau et montre que la cavité cotyloïde est déshabitée.

Le 20 février M. Kirmisson réduit très facilement la luxation sous le chloroforme ; on commence par imprimer à la cuisse des

mouvements de flexion, d'extension, d'abduction et d'adduction, enfin de circumduction; à un moment donné on entend la tête rentrer dans la cavité cotyloïde; à la mensuration les deux membres sont de même longueur. On immobilise la hanche au moyen d'un spica plâtré. Dans le point que la tête occupait primitivement, on sent une masse molasse de nature indéterminée, le malade a été ponctionné dans le courant de 1900, à quatre reprises, d'un gros abcès antéro-externe.

Il sort le 30 septembre, muni d'un appareil plâtré.

OBSERVATION VI

Luxation soudaine de la tête du fémur en bas et en avant vers le trou ovale, au début d'une coxalgie de la hanche gauche. Réduction complète et facile sous choroforme, dix-huit mois après le déplacement.

Observation de Eugène JOUON dans sa thèse. Service
du Dr Gérard MARCHANT, hôpital Boucicaut.)

Albert C..., âgé de 14 ans 1/2, rentre le 5 octobre 1900 dans le service de notre maître, M. Gérard Marchant, à l'hôpital Boucicaut, pour une attitude vicieuse du membre inférieur gauche qui se présente légèrement fléchi, mais en forte abduction et en rotation externe considérable. Le membre s'est mis dans cette attitude brusquement, il y a dix-huit mois, sans que le malade soit jamais tombé, ni qu'il ait reçu de coup sur la hanche; le petit garçon, très intelligent, est très affirmatif sur la soudaineté du début de cette attitude vicieuse.

La grand'mère qui vit constamment avec lui, confirme les dires suivants : le malade avait marché le matin même; la veille et ce matin-là encore il s'était rendu à l'école sans boiter et c'est après déjeuner, en se levant de table, qu'il ressentit brusquement une douleur dans la hanche gauche, et que le membre inférieur s'est placé dans cette attitude vicieuse que nous avons déjà définie, flexion légère, abduction, rotation externe et que la boiterie a commencé.

Comme le malade ne souffrait pas beaucoup il continua à marcher, mais en boitant et il ne pouvait plus faire de longues courses. Il est resté trois mois sans aucun soin ; mais la mauvaise attitude du membre persistant, il fut présenté à un médecin de Versailles dans le service de M. Vilon ; là il fut placé dans une gouttière de Bonnet sans que l'on eût essayé de redresser le membre au préalable. Au bout de deux mois et demi, l'enfant quitta l'hôpital, le membre étant toujours en mauvaise attitude, depuis lors l'enfant ne reçoit aucun soin jusqu'à son entrée à l'hôpital Bouc'caut.

Etat actuel. — Le malade étant examiné dans le décubitus dorsal, on est frappé de suite de l'attitude vicieuse extrême du membre qui est très légèrement fléchi, mais qui est en forte abduction et surtout en rotation externe telle que le bord externe du pied et la face externe de la jambe reposent sur le plan du lit et que la rotule regarde franchement en dehors. On est frappé immédiatement aussi de la grande obliquité du bassin ; l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche est à 0 m. 06 au dessus de la droite, elle est en même temps portée plus en avant et en dedans. On est obligé pour ramener les deux épines iliaques à la même hauteur d'exercer une forte traction sur le membre inférieur droit, mais on voit en même temps la cuisse gauche se fléchir, la jambe se fléchit de même sur la cuisse, l'abduction et la rotation externe du membre s'exagèrent. Quand on laisse le malade revenir à sa position habituelle, le membre inférieur gauche paraît allongé ; quand les deux épines iliaques sont remises au même niveau, la mensuration pratiquée de ce point à l'interligne articulaire du genou donne 0 m. 36 à gauche, 0 m. 38 à droite.

Il existe une ensellure lombaire considérable qui disparaît seulement lorsqu'on fléchit le membre malade, mais l'on s'aperçoit alors en mettant une main sur l'épine iliaque, que cette flexion entraîne le bassin, le membre est en effet fixé dans cette attitude vicieuse par une contracture musculaire considérable : ajoutons de suite que ce n'est pas une simple attitude, car l'examen local fournit de grands symptômes de présomption pour admettre qu'il s'agit ici d'un véritable déplacement de la tête en bas et en avant.

L'aspect des deux triangles de Scarpa est, en effet, notable-

ment différent d'un côté à l'autre : celui de droite, c'est-à-dire du côté sain, présente une excavation normale assez prononcée en raison de la maigreur de l'enfant, beaucoup plus prononcée encore quand on donne au membre inférieur droit la même attitude que celle dans laquelle est fixé le membre inférieur gauche ; le triangle de Scarpa du côté gauche est au contraire plein, tendu, il présente même à sa base une certaine voussure, on sent nettement l'artère fémorale battre, plus superficielle que d'ordinaire comme si elle était soulevée par un plan résistant.

En palpant en dedans d'elle, on sent, en effet, quelque chose de dur et la pression à ce niveau détermine une grande douleur. De plus, la base du triangle de Scarpa du côté gauche est plus large que celle du côté droit, les adducteurs du côté gauche sont soulevés et quand on palpe en dedans et au-dessous d'eux on sent une résistance et l'on éveille une douleur beaucoup plus vive que celle qui existe à la pression au niveau même du triangle de Scarpa. Le toucher rectal fait naître également une douleur exquise quand le doigt presse le pourtour inférieur du trou ovale.

Les signes tirés de l'examen du grand trochanter montrent que cette éminence est beaucoup plus près de l'ischion qu'à l'état normal, de plus est très nettement à un centimètre au-dessous de la ligne de Nélaton ; enfin elle n'a pas autant de relief que du côté sain ; la pression à son niveau est très douloureuse. Les symptômes que l'on note quand on examine le malade debout sont les suivants : le membre inférieur gauche est porté dans son ensemble en avant, la cuisse est fléchie en abduction et en rotation externe. Le pli fessier du côté malade a presque disparu ; le pli inter fessier est oblique en haut et à gauche ; il existe une scoliose d'attitude de la colonne lombaire, à convexité gauche, sans phénomènes sensibles de compensation de la colonne dorsale.

Il est intéressant de voir le petit malade marcher ; dans le stade du pas antérieur, le bassin se soulève en masse par une contraction énergique des muscles sacro-lombaires de façon à faire progresser le membre malade en avant ; quand ce membre appuie sur le sol, le thorax paraît s'incliner vers le bassin, la plante du pied repose toute entière sur le sol ; au bout de quelques pas le malade, pour se soulager, appuie instinctivement sa main gauche sur la face antérieure de la cuisse.

Notons que l'amaigrissement du membre participe de l'état de maigreur de tout le corps ; on ne sent nulle part d'abcès.

Notons aussi pour rendre l'observation complète qu'à l'auscultation des poumons on trouve une respiration un peu rude et même quelques craquements au sommet droit ; rien au cœur, rien dans les urines, le malade est par ailleurs bien conformé. C'est un enfant naturel, sa mère se porte bien.

Il a eu une très forte bronchite il y a quatre ans et qui a duré près d'un an. Depuis il tousse tous les hivers, il a un aspect souffreteux.

La radiographie faite à l'hôpital Necker, par M. Contremoulins, montre qu'il s'agit d'un véritable déplacement de la tête en dedans et un peu en bas vers le trou ovale, ce qui correspond très suffisamment avec les symptômes cliniques. Les détails de l'extrémité supérieure du fémur sont un peu confus par suite d'altérations tuberculeuses probables.

Depuis son entrée dans le service, le malade est soumis simplement au repos au lit sans extension continue.

Le vendredi 9 novembre, le malade étant endormi à fond avec du chloroforme, M. Gérard-Marchant réduit en moins de deux minutes la luxation de la façon suivante : flexion progressive, puis adduction et rotation en dedans ; ces manœuvres sont répétées doucement trois fois ; après quelques craquements, on entend à la troisième reprise un bruit caractéristique ; la hanche reprend immédiatement sa forme normale, le triangle de Scarpa sa concavité, le grand trochanter sa place et sa saillie normales ; le membre peut être ramené très facilement dans l'extension et la rotation interne ; on le maintient ainsi avec une abduction très légère au moyen d'un grand appareil plâtré embrassant tout le membre inférieur et le bassin.

Le soir même de la réduction et le lendemain, la température s'est élevée au-dessus de 39, comme cela arrive souvent après les redressements, dits forcés, de la hanche ; dès le surlendemain, la température est revenue vers la normale, les douleurs ont en même temps disparu. La radiographie faite depuis la réduction, le jeudi 15 novembre, par M. G. Contremoulins, à l'hôpital Necker, montre que la tête est très rentrée dans la cavité cotyloïde ; nous pouvons donc affirmer que la réduction est bien réalisée.

L'enfant est sorti le 20 décembre ; nous lui avons renouvelé son appareil plâtré, et, ce faisant, nous avons pu constater le maintien de la réduction.

OBSERVATION PERSONNELLE

Luxation brusque de la tête du fémur droit dans la fosse iliaque externe quatre semaines après le début de la coxalgie. Réduction facile. Accidents consécutifs.

(Due à l'obligeance de M. le professeur FRÆLICH)

Raymond B..., âgé de onze ans, entre à l'hôpital, dans le service de M. le professeur Frœlich, le 4 décembre 1909. Les premiers symptômes de la maladie sont apparus deux mois auparavant et se sont révélés par une claudication à droite et de la douleur spontanée du genou droit. Quatre semaines seulement après le début apparent de la coxalgie, alors que l'enfant se promenait au jardin, l'impotence s'est établie brusquement et a rendu toute marche impossible.

Nous avons examiné l'enfant dès son entrée à l'hôpital et nous avons noté les signes suivants : le malade, étant dans le décubitus dorsal, l'attitude vicieuse du membre inférieur droit est extrême. La jambe est fléchie sur la cuisse et la cuisse est légèrement fléchie sur le bassin en adduction et rotation interne. La douleur est très vive au niveau de l'articulation de la hanche quand on presse de bas en haut sur le genou ; la pression sur le grand trochanter exagère cette douleur. Le grand trochanter refoulé en haut et en dehors, fait une saillie très nette du côté externe de la hanche ; il est un peu au-dessus de la ligne de Nélaton. Le membre inférieur droit est raccourci de deux centimètres et demi, on porte le diagnostic de luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe.

Le 6 décembre, deux jours après son entrée, le malade est endormi au chloroforme jusqu'à la résolution musculaire. On confirme le diagnostic par un nouvel examen : des mouvements

légers imprimés à la cuisse se communiquent à la tête fémorale que l'on sent très nettement dans la fosse iliaque externe.

M. le professeur Frœlich opère la réduction sans aucune difficulté par les procédés de douceur. La tête en franchissant le bord postérieur de la cavité cotyloïde produit une crépitation très nette. Le membre malade est immobilisé dans un plâtre en abduction et extension.

A la suite des manœuvres de réduction, la température reste élevée ; elle est intermittente. Des douleurs diffuses et un œdème assez considérable du membre inférieur droit, remontant jusqu'au genou, obligent, fin de décembre, à enlever l'appareil plâtré. L'œdème ne régresse qu'incomplètement et persiste au niveau du pied. La hanche reste douloureuse et tuméfiée.

Une radiographie, faite le 25 janvier permet de constater des lésions de la face interne du cotyle, ainsi que son agrandissement en haut et en arrière.

Comme la fièvre persiste sous forme d'oscillations vespérales, on se demande s'il ne s'agit pas d'une coxite consécutive à une ostéo-myélite. Mais l'arthrotomie pratiquée à la date du 15 février, infirme cette hypothèse. La capsule articulaire incisée laisse, en effet, échapper des fongosités caractéristiques de la bacillose. On constate, de plus, que la tête du fémur présente des érosions. M. le professeur Frœlich pratique le curettage de l'articulation qu'il draine.

Le 20 mars, comme les oscillations thermiques persistent, on est amené à faire la résection de la tête fémorale, puis on gratte le cotyle qui présente une perforation au niveau de l'Y cartilagineux. On vide un abcès antéro-externe. Le malade est placé dans une gouttière de Bonnet.

Bientôt après le malade sort de l'hôpital et, nous le perdons de vue.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Il convient de préciser certains caractères cliniques rencontrés dans nos observations. Ils nous permettront de poser très vite et facilement un diagnostic ferme des luxations que nous étudions et cela est d'autant plus important que, d'une part, ce diagnostic nous conduit à formuler un pronostic tout à fait différent de celui des autres luxations survenant au cours de la coxalgie et que, d'autre part, il commande un traitement spécial.

Nous [reviendrons] sur ces deux points dans les chapitres consacrés au pronostic et au traitement. Nous allons étudier d'abord :

1° Les caractères propres aux luxations brusques du début de la coxalgie.

2° Les signes physiques des luxations, une fois qu'elles se sont établies.

I. Trois symptômes sont pathognomoniques de cette affection :

1^o La PRÉCOCITÉ. — Nous relevons en effet dans les observations de Kirmisson, de Joüon, et la nôtre, entre le début apparent de la maladie et l'accident initial les intervalles suivants, que nous avons classés pour plus de clarté en partant du moindre :

Observation Joüon. — La luxation a révélé la coxalgie, puisqu'auparavant l'enfant n'avait pas cessé de marcher, qu'il n'avait jamais boité, et que le jour même de l'accident il s'était rendu à l'école et avait joué avec ses camarades.

Observation V de Kirmisson. — L'enfant commença à boiter fin janvier. Le 13 février survint la luxation. Ici nous constatons un délai de quinze à vingt jours.

Observation III de Kirmisson. — Les douleurs dans la hanche, que l'on considéra d'ailleurs comme de nature rhumatismale, furent les seules manifestations de la maladie au début. Un mois après se produisit une luxation dans la fosse iliaque externe.

Observation personnelle. — Quatre semaines après le début apparent de la coxalgie, l'impotence s'établit brusquement : l'enfant ne peut plus marcher.

Observation IV de Kirmisson. — La luxation est apparue deux mois à peine après une boiterie consécutive à une chute, mais non occasionnée par elle.

Observation II de Kirmisson. — Nous trouvons une période de deux mois entre l'apparition des phé-

nomènes douloureux initiaux et celle de la déformation produite subitement par le déplacement osseux.

Observation I de Kirmisson. — Dans cette observation, c'est seulement quatre mois après le début de l'arthrite que survient la luxation.

Cette précocité, dont la constatation s'impose, nous fera différencier immédiatement ces accidents de ceux que produisent les luxations tardives de la coxalgie. Ces dernières s'établissent progressivement, graduellement, et ne peuvent se constituer qu'à une période très avancée de l'affection causale. Elles exigent soit le ramollissement et la destruction de la capsule articulaire, qui permettront aux extrémités osseuses de se quitter brusquement, soit la localisation du processus morbide sur les surfaces articulaires. Celle-ci réalise en effet, d'une part, la fonte caséuse de la tête fémorale, d'autre part, l'usure de la cavité cotyloïde favorisée et accrue par la contraction musculaire de défense. La position vicieuse qui en résulte exerce une compression au niveau des lésions ulcératives et permet « l'empiètement », le « chevauchement » et la luxation de la tête fémorale plus ou moins éculée, usée ou détruite.

Rien de semblable n'existe dans les luxations précoces où les altérations profondes n'ont pas eu le temps de se produire, ni du côté des ligaments, ni du côté des os eux-mêmes ; ce qui prouve d'ailleurs l'intégrité des surfaces articulaires, c'est la facilité avec laquelle dans tous les cas s'est maintenue la réduction.

Remarquons aussi que seules les luxations hâtives

méritent le nom de luxations, les autres ne sont que des pseudo-luxations.

Car, comme le dit Berger, dans sa communication à l'Académie de médecine, il y a dans les luxations tardives, translation graduelle des rapports osseux plutôt que luxation et les surfaces articulaires sont détruites bien plutôt qu'elles ne se déplacent.

2° LA SOUDAINETÉ. — Nous remarquons cette soudaineté dans toutes les observations que nous rapportons ; Ainsi dans l'observation II de Kirmisson, où, « alors que la malade était au lit le membre inférieur droit se déforma et se porta dans l'inversion totale jointe à la flexion ». De même dans ses observations IV et V, la mère remarqua la déformation en voulant lever son enfant.

Ce caractère n'est-il pas remarquable encore dans l'observation de Joüon où le membre inférieur gauche prend une attitude vicieuse symptomatique de la luxation quand l'enfant se lève de table ?

Cette soudaineté est manifeste pour le malade lui-même et son entourage car elle s'accompagne d'une déformation considérable du membre luxé, d'impotence fonctionnelle absolue, le plus souvent de douleur.

3° Si enfin nous cherchons quelle est la cause déterminante des luxations que nous étudions, nous ne trouvons nulle part, dans les observations que nous avons relatées, qu'elles soient imputables au traumatisme, car ordinairement il est tellement insignifiant qu'il passe inaperçu. Il suffira quelquefois d'un très léger effort : se lever d'un siège,

changer de position dans un lit, heurter un corps dur, se promener.

Ce caractère de *spontanéité* net dans les luxations qui nous occupent, joint à celui de la *soudaineté* se retrouve dans les luxations qui se produisent au cours des principales infections : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, scarlatine, etc.

Les noms de spontanées, secondaires, consécutives, pathologiques, données à cette classe peu nombreuse de luxations, indiquent combien peu une cause violente, un traumatisme même léger, semblent entrer en jeu dans leur production. Elles ont encore ce point commun que la réduction et la contention sont faciles dans les deux classes.

Donc, comme nous venons de le voir, ces luxations sont le fâcheux apanage du début de la coxalgie ; en outre elles surviennent brusquement sans que rien puisse les faire prévoir, ou permette d'en prévenir l'apparition ; enfin elles ne reconnaissent que des causes déterminantes insignifiantes et par là même négligeables. Leur triple caractère de précocité, soudaineté, spontanéité leur confère une physionomie clinique très particulière.

II. Beaucoup moins caractéristiques sont leurs signes physiques, subjectifs et objectifs qui se confondent entièrement avec ceux des luxations traumatiques. Ce que nous avons dit de l'intégrité relative de l'articulation dans tous ses éléments, sur la facilité de la contention des luxations devait le faire prévoir. Dans six cas sur sept la luxation s'est

faite dans la fosse iliaque externe ; c'est d'ailleurs la forme la plus commune des luxations, qu'elles soient congénitales traumatiques ou autres. Une seule fois (Joüon) la luxation s'est effectuée en bas et en avant dans le trou ovale.

Dans les six premiers cas, le membre malade s'est présenté en flexion, adduction et rotation interne. La flexion peu accentuée dans deux observations, est exagérée dans les autres. L'adduction est le plus souvent considérable ; fréquemment elle est telle que la cuisse malade fléchie vient croiser la face interne de la cuisse saine à l'union de son tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Kirrison du reste emploie à plusieurs reprises le terme d' « inversion » qu'il crée et qui lui sert à désigner cette adduction extrême jointe à la rotation interne.

Dans les luxations tardives de la coxalgie, non plus que dans les attitudes vicieuses qui les préparent et les commandent nous ne trouvons cette inversion aussi accentuée.

Nous devons tenir compte des signes tirés de la position du grand trochanter.

Normalement, la cuisse étant fléchie en angle droit, une ligne tendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie la plus saillante de la tubérosité ischiatique affleure le sommet du grand trochanter. Or, dans les luxations qui nous occupent nous trouvons constamment le grand trochanter à quelques centimètres au-dessus de cette ligne, il produit une saillie plus considérable qu'à l'état normal et occupe un plan un peu plus antérieur. Mais nous devons

reconnaitre que ce signe n'est pas pathognomonique puisqu'il se rencontre aussi dans les pseudo-luxations causées par un déplacement progressif du fémur.

Un signe physique très particulier aux luxations vraies peut être recherché dans la présence de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe ; mais il faut comme le prescrit Malgaigne, après avoir exploré la région, faire décrire au fémur des mouvements en arc de cercle et constater qu'ils se transmettent intégralement à la tête. Ce symptôme n'existe nullement dans les luxations des périodes avancées de la coxalgie puisqu'à ce moment la tête fémorale est presque toujours totalement détruite.

Nous serons souvent amenés pour la recherche de ce signe subjectif à chloroformer le malade. En effet la résistance des muscles, l'inflammation des tissus, la situation profonde de l'articulation peuvent créer quelque difficulté. Nous pourrions alors accentuer les mouvements d'adduction et de rotation interne, de façon à faire saillir la tête au maximum. La radiographie pourra dans bien des cas confirmer le diagnostic.

En résumé, l'étude de nos observations nous montre 1° que les luxations vraies du début de la coxalgie se caractérisent par trois symptômes propres : précocité, soudaineté, et spontanéité ; 2° que ces luxations ont par ailleurs les mêmes signes physiques que les luxations traumatiques ; d'ordinaire le déplacement de la tête fémorale s'est effectuée en arrière dans la fosse iliaque externe, dans un cas seulement nous avons pu observer une luxation en avant.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique.

Les données anatomo pathologiques sont, dans le sujet qui nous occupe, extrêmement restreintes. Cela tient d'abord à ce qu'une intervention chirurgicale qui aurait permis de se rendre compte des lésions possibles de l'articulation de la hanche au début de l'affection, n'a jamais été nécessaire.

Dans l'observation que nous rapportons, M. le professeur Frœlich a été amené à faire l'arthrotomie : la capsule articulaire incisée a laissé échapper des fongosités caractéristiques de la bacillose, mais nous sommes dans un cas très particulier, car la tuberculose osseuse a eu une évolution très rapide à la suite de la réduction de la luxation. Nous étions déjà loin de la période initiale de la maladie où la luxation s'est produite ; nous ne pouvons tirer, de ce fait, aucune conclusion.

En outre, aucune autopsie n'a été pratiquée, la

coxalgie au début n'étant jamais mortelle, ce qui nous prive de renseignements sur les lésions macro-microscopiques.

L'examen radiographique eut pu nous fournir quelques indications, mais le seul cliché qu'il nous a été donné d'observer, était un peu tardif. Les lésions que nous y avons remarquées : agrandissement de la cavité cotyloïde en haut et en arrière, lésions ulcératives à la face interne du cotyle sont analogues à celles que nous rencontrons aux périodes déjà avancées de la coxalgie, et nous ne pouvons les prendre en considération.

En effet, M. Berger dit : « L'histoire même des
« cinq malades de M. Kirmisson, semble indiquer
« qu'il s'agit plutôt de coxalgies relativement béli-
« gnes et dans lesquelles les lésions de la tubercu-
« lose n'ont ni une grande profondeur ni une ten-
« dance marquée à la diffusion. Un autre argument
« en faveur de l'intégrité relative des extrémités
« articulaires est tiré de ce fait que dans tous les
« cas la réduction a été facile et s'est toujours
« bien maintenue ; ceci démontre bien que l'adapta-
« tion des surfaces articulaires ne pouvait se rétablir
« et se maintenir que parce qu'elles étaient con-
« gruantes et peu altérées ; au contraire, tout le
« monde sait combien les tentatives de réduction
« dans les pseudo luxations où les extrémités articu-
« laires sont en partie détruites, sont vaines et illu-
« soires ; il nous paraît inutile d'insister sur ces deux
« ordres de faits diamétralement opposés. »

- Un point intéressant pour nous eût été de savoir,

comme nous le verrons au Chapitre de la pathogénie : si l'articulation était le siège d'un épanchement, s'il existait une hydarthrose distendant la capsule et la mettant en état de moindre résistance. Mais la radiographie ne peut donner ces renseignements en raison de la situation profonde de l'articulation.

En résumé, nous avons des données anatomopathologiques très vagues et impossibles à compléter.

CHAPITRE V

Pathogénie

Parmi les théories assez nombreuses et controversées, proposées pour expliquer le mécanisme des luxations spontanées en général, et que nous serions peut-être tenté de faire servir à notre pathogénie, il en est qu'à la faveur des données anatomo-pathologiques, ci-dessus énoncées, nous pouvons de prime-abord rejeter, et d'autres, qui s'adaptant mieux aux cas qui nous occupent, doivent être soigneusement envisagées et discutées.

Dans le premier groupe, nous signalons :

1° *La théorie de la tumeur articulaire.*

Il s'agirait d'une tumeur qui remplirait peu à peu la cavité cotyloïde et tendrait, par son volume même, à en chasser la tête. Du reste, les opinions varient sur la nature de la tumeur : exostose, pour Andry ; gonflement inflammatoire des cartilages pour Bichat, Boyer et Desoult, gonflement du tissu adipeux du

fond de la cavité cotyloïde pour Valsalva, Portal et Fallope, tuméfaction de la tête fémorale elle-même pour Rust.

2° *La théorie de Sabattier, Paletta, Frick, Begin*, qui donne pour point de départ à la luxation une carie de la tête du fémur et de l'acétabulum, laquelle ne se rencontre que tardivement dans la coxalgie et ne peut causer què des pseudo-luxations.

3° *La théorie de Larrey*, qui n'admettait pas de luxation sans traumatisme.

Dans le 2° groupe, nous rangerons :

1° *La théorie de l'épanchement articulaire*. Cette théorie, la première en date, a été reprise par M. Kirmisson, qui l'a considérée comme la plus satisfaisante dans notre cas. Des auteurs dont l'autorité est considérable, l'ont préconisée : Hippocrate, Galien, Morgagni, Van Swieten, Brodie, Bérard, Jean-Louis Petit (1722), Parise (1840). Ils attribuaient la luxation à un épanchement articulaire qui repousse peu à peu le fémur en dehors, l'abandonnant à l'action musculaire. Parise fit, à l'appui de cette théorie, de nombreuses expériences intéressantes à signaler, bien qu'il eût admis comme étiologie de l'hydarthrose une chute sur le grand trochanter, ce qui est très discutable.

Kümmer les relate ainsi : « Par l'ouverture d'une trépanation pratiquée dans la tête du fémur ou la cavité cotyloïde, il passa dans l'articulation des liquides de différente nature. L'articulation coxo-fémorale d'un adulte peut contenir 40 à 60 grammes

d'eau ; par suite de l'injection le fémur est porté en dehors dans la flexion, l'abduction et la rotation. Le grand trochanter est poussé en dehors et écarté de l'épine iliaque antéro-supérieure et de la symphyse pubienne de 1 centimètre $1/2$.

Quand une injection solidifiable a fortement rempli la capsule, on trouve la tête et le col enveloppés d'une couche continue, mais d'épaisseur inégale. Dans les injections même médiocres, la tête n'appuie nulle part sur le bourrelet cotyloïdien, dont elle est éloignée en bas et en dedans de 1 centimètre, en arrière et en haut de 5 millimètres, le fond de la cavité est rempli par une sorte de godet dont l'épaisseur la plus grande correspond au milieu et n'a pas moins de 16 à 18 millimètres ; la tête du fémur est ainsi presque complètement chassée de la cavité et séparée de la capsule articulaire par une couche très mince de matière injectée.

Suivent des observations de Parise, qui établissent la coexistence d'un épanchement intra-articulaire et d'une luxation. Mais ces faits se rapportent à des luxations tardives au cours de la coxalgie et sont hors de notre sujet. »

En faveur de la théorie de Parise, nous trouvons encore les faits suivants : les luxations survenant dans les coxites non tuberculeuses au début de maladies aiguës telle que rhumatisme articulaire aigu, scarlatine, variole, fièvre typhoïde etc... ressemblent par bien des signes aux luxations du début de la coxalgie : même début brusque, même spontanéité, mêmes caractères de luxations *vraies* analo-

gues aux luxations traumatiques, même facilité de réduction et de contention.

Or ces luxations pathologiques reconnaissent comme cause l'hydarthrose, ainsi qu'il résulte des constatations de Kümmer, qui, sur 29 cas de luxations survenues pendant l'évolution de coxites non tuberculeuses, a constaté 22 fois, un épanchement séreux et 3 fois, un épanchement purulent. Il semble donc naturel d'attribuer logiquement la même pathogénie à des maladies identiques par leurs signes physiques.

2° *Théorie de l'action musculaire.* Verneuil, qui, le premier, l'a formulée, tente d'expliquer la luxation par la paralysie d'un groupe musculaire, et l'action, dès lors prépondérante, des muscles antagonistes qui, contracturés, deviennent les agents du déplacement. « Par suite de la flexion de la cuisse avec adduction et rotation en dedans, il ne reste plus d'obstacle à l'issue de la tête. La capsule et les muscles fessiers seuls, opposaient une barrière à cette issue, mais la capsule se ramollit et se distend, les muscles affaiblis cèdent à leur tour et la tête du fémur poussée d'avant en arrière par les adducteurs et le couturier, ne rencontre plus devant elle de résistance assez forte, passe par dessus le bord cotyloïdien, et se porte dans la fosse iliaque. » (Verneuil).

Les théories du 1^{er} Groupe sont à rejeter. En effet les luxations soudaines du début de la coxalgie sont tellement précoces, qu'elles n'ont pû être causées par des altérations profondes. Quant à la théo-

rie de Larrey, nous lui objecterons que nos luxations ont un caractère constant : la spontanéité.

L'hypothèse de l'hydarthrose, n'a jamais été vérifiée par l'observation, sauf pour les cas rapportés par Kümmer qui, s'ils ont beaucoup de points communs avec nos luxations, en diffèrent par bon nombre de caractères. L'étiologie en est tout à fait différente, et quoique les délais compris entre le début apparent de l'affection causale et la luxation puissent dans les deux classes être les mêmes, cela n'implique pas qu'ils ressortissent à la même pathogénie. L'analogie n'existe que dans les grandes lignes, et, nous nous trouvons en présence de deux cas bien dissemblables. Certes, l'hypothèse est séduisante. Elle nous permettrait de considérer l'hydarthrose comme cause prédisposante, préparant l'articulation à la luxation, soit, en repoussant la tête fémorale, soit, en favorisant l'élongation de la capsule articulaire et de ses ligaments, moyens de contentions importants. Elle mettrait, en somme, l'articulation en état de moindre résistance.

La théorie de Verneuil est réfutable par la simple observation clinique. Si, en effet, l'atrophie des muscles péri-articulaires accompagne souvent l'arthrite, elle n'en est qu'un accident tardif ; bien plus encore, la paralysie. Ceci vient tout à fait à l'encontre de ce que nous relevons dans nos observations, et, surtout dans celle de M. Gérard-Marchant. Là, en effet, la luxation s'étant produite en bas et en avant, il faudrait admettre une paralysie des adducteurs et une contracture des muscles pelvi-trochan-

teriens rotateurs externes. Or, M. Joüon, dans son observation, affirme de la façon la plus absolue que les adducteurs, loin d'être paralysés, étaient, au contraire tendus et contracturés.

Aucune des théories ci-dessus énoncées, ne nous paraît pleinement satisfaisante ; elles sont, en effet, trop exclusives et ont le tort de vouloir expliquer par l'interprétation d'un fait très simple, un phénomène aussi complexe qu'une luxation.

Nous croyons qu'il est préférable de s'attacher à l'étude des circonstances dans lesquelles se produisent les luxations coxo-fémorales, et d'en tirer une explication pathogénique. Au début de l'affection, en effet, la douleur oblige l'enfant à immobiliser instinctivement et d'une façon complète la jointure malade et nécessairement, ce sont les muscles les plus puissants qui régiront l'attitude bien déterminée et presque constante : flexion, adduction du membre et rotation en dedans.

Ce qui prouve bien que l'attitude vicieuse a une grande importance dans la genèse des luxations coxo-fémorales, c'est que, quelles que soient les lésions articulaires ou péri-articulaires, la luxation en bonne position, en extension, par exemple, est impossible. Un certain degré de flexion de la cuisse sur le bassin est indispensable ; alors, suivant que le fémur fléchi est sollicité brusquement à tourner en dehors ou en dedans, la tête fémorale se portera soit en avant, soit en arrière de la cavité cotyloïde. C'est cette dernière éventualité qui se présentera, d'ailleurs, le plus fréquemment. Telle est la situa-

tion du membre en attitude vicieuse (flexion, adduction, et rotation interne) qui agira en localisant un traumatisme lent sur un point constant ; et ce traumatisme livrera pour ainsi dire l'articulation à l'action d'une cause déterminante qui n'aura pas besoin d'être considérable dans ses effets. Ce sera, par exemple, une simple contraction musculaire que l'enfant produira, soit en se levant de table, soit, par exemple, comme dans notre observation personnelle, au cours d'une promenade peu fatigante. En effet, la contracture des adducteurs, constamment notée dans nos observations, nous paraît devoir être considérée comme cause prédisposante ; en outre, un certain ramollissement du sourcil cotyloïdien doit être envisagé comme cause adjuvante.

Nous ne donnons pas cette théorie comme absolue, mais elle nous permet de nous faire une idée aussi rationnelle que possible de la pathogénie des luxations brusques du début de la coxalgie, car l'hypothèse de l'hydarthrose, malgré la haute autorité de MM. Berger et Kirmisson nous paraît contredite par l'observation.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le diagnostic d'une luxation brusque au début d'une coxalgie est rendu facile grâce aux données de la symptomatologie.

Parfois la douleur, la gêne de la marche, la claudication, phénomènes souvent intermittents au début, quelquefois même un peu d'atrophie musculaire précoce, jointe à la contracture des adducteurs, ouvriront la scène. Nous serons alors portés à appréhender, sinon à diagnostiquer une arthrite tuberculeuse de la hanche et nous penserons à la possibilité d'une luxation.

Parfois le diagnostic s'imposera quand, sous l'influence d'une cause minime ou spontanément, la hanche, même immobilisée, se sera déformée et que l'impotence fonctionnelle, la douleur intense, nous auront amené à rechercher les autres signes physiques.

De même, les antécédents personnels du malade, pourront nous éclairer sur le diagnostic étiologique (Observ. III de Kirmisson : l'enfant, soignée pour coxalgie droite et guérie, est atteinte ensuite de luxation à gauche, suite de coxalgie).

Mais, si la luxation spontanée, et non plus la coxalgie, se présente seule à l'attention du médecin (Obs. de la thèse de Joüon) nous n'avons plus de base étiologique et le diagnostic est plus délicat. En effet, l'enfant n'a jamais souffert, n'a jamais boîté ; c'est brusquement, sans que rien puisse la faire prévoir, que la luxation s'est produite. L'observation et la recherche des signes physiques, sous chloroforme au besoin (Kirmisson), nous seront alors d'un grand secours. Nous constaterons que la tête fémorale n'occupe plus la cavité cotyloïde, les mouvements imprimés à la cuisse se communiquent à la tête située plus ou moins haut dans la fosse iliaque externe. Nos présomptions confirmées, nous pourrions procéder à la réduction immédiate.

Si la luxation s'établit à la période des attitudes vicieuses de la coxalgie, nous devons faire le diagnostic différentiel de ces deux affections. L'attitude vicieuse la plus commune au début de la coxalgie se manifeste ainsi : la cuisse se fléchit sur le bassin, le membre se place dans l'abduction et la rotation en dehors. Que le malade soit debout ou couché, le membre semble allongé ; on dit qu'il y a allongement apparent. Ce phénomène tient à ce que le bassin est fortement incliné du côté malade et saillant en avant. De plus, phénomène corrélatif à la flexion

de la cuisse, la région lombaire du côté malade présente une cambrure exagérée (ensellure lombaire). La fesse du côté malade est abaissée et aplatie, le pli fessier est abaissé, le sillon interfessier est dévié vers le côté malade.

A un examen un peu hâtif, on pourrait confondre cette attitude vicieuse avec une luxation en avant. Mais dans cette dernière affection, le membre luxé est porté dans un plan un peu plus antérieur que le membre sain ; la flexion et l'abduction sont communes dans les deux cas ; toutefois, celle-ci est si prononcée dans la luxation en avant que souvent le membre ne peut être maintenu qu'en dehors du plan du lit. Dans les deux cas, la hanche est aplatie, les adducteurs sont tendus et l'adduction impossible. Mais dans la luxation en avant, l'allongement du membre est constant et réel, variant de 3 à 5 centimètres, d'autant moindre d'ailleurs, que l'abduction et la rotation en dehors sont plus marquées. S'agit-il d'attitude vicieuse, la palpation nous fera sentir la tête fémorale dans la cavité cotyloïde. S'agit-il de luxation en avant, la tête sera un peu au-dessous de la ligne de Nélaton, et le triangle de Scarpa sera déformé, bombé par la présence anormale de la tête fémorale en saillie dure, arrondie, douloureuse et facilement reconnaissable.

La radiographie, au besoin, confirmera le diagnostic.

Dans la coxalgie, il n'est pas rare de voir succéder à l'attitude vicieuse primitive en flexion, abduction, rotation externe, une déviation en sens inverse

en flexion assez prononcée, adduction et rotation en dedans. Dans cette attitude, on constate une élévation de l'épine iliaque antéro-supérieure ; le bassin est en même temps porté plus en arrière que le côté sain. La fesse du côté malade est élevée et saillante, le sillon interfessier est dévié vers le côté sain, le membre semble raccourci puisque la cuisse est fléchie et le bassin élevé, mais ce n'est pas un raccourcissement réel.

C'est surtout ici que l'hésitation entre une simple attitude vicieuse et une luxation en arrière est possible ; mais, dans ce dernier cas, nous savons que l'adduction et la rotation interne sont extrêmement prononcées, qu'il s'agit d'une véritable inversion du membre ; nous constatons, de plus, un raccourcissement réel ; la tête située dans la fosse iliaque externe répondra aux mouvements imprimés à la cuisse. En outre, la radiographie montrera la cotyloïde déshabillée.

Il est difficile de confondre les luxations du début de la coxalgie et les pseudo-luxations. Outre les commémoratifs, l'examen par les rayons X nous fera voir, dans ce dernier cas, les lésions osseuses de la tête fémorale, de la cotyloïde et les altérations des autres éléments articulaires, souvent ulcérés ou détruits. Les abcès, rares dans la luxation vraie, sont de règle dans les pseudo-luxations et ressortissent évidemment à des lésions tuberculeuses déjà très avancées de l'articulation.

La luxation brusque reconnue, il nous reste à trouver quelle étiologie doit lui être attribuée, c'est-à-

dire à la différencier soit d'une luxation traumatique, soit d'une variété de luxation pathologique telles que luxation paralytique ou luxation consécutive aux maladies infectieuses aiguës.

Les commémoratifs, l'absence de chute ou de coup porté sur la hanche, nous permettront d'écarter l'hypothèse d'une luxation traumatique ; l'électro-diagnostic, celle d'une luxation paralytique. Nous nous assurerons par ailleurs des antécédents pathologiques du malade, de son état physique au moment où la luxation s'est constituée. Si nous ne trouvons dans cet examen rétrospectif ni fièvre typhoïde, ni rhumatisme articulaire aigu, ni fièvres éruptives, en un mot, aucune de ces affections que nous savons susceptibles d'occasionner les luxations pathologiques dites « consécutives » le diagnostic différentiel sera par là même établi.

L'observation pourra, dans bien des cas, nous faire constater des lésions cicatricielles ou des symptômes très nets de tuberculose évolutive, pulmonaire, ganglionnaire, osseuse, par exemple. M. Joüon signale dans son observation des signes non douteux d'induration pulmonaire, M. Kirmisson une ostéo-arthritis du genou (obs. II), une coxalgie antérieure du côté opposé (obs. III). La marche ultérieure de la maladie prouvera d'une manière indiscutable qu'il s'agissait bien d'une arthrite tuberculeuse, par les abcès ossifluents précoces ou tardifs, par les délabrements considérables (obs. personnelle) que l'évolution du processus bacillaire pourra occasionner. Les abcès seront traités par la ponction, suivie d'in-

jection d'huile iodoformée ; on pourra aussi, comme dans notre cas, être amené à diverses interventions sanglantes : arthrotomie, curettage des surfaces osseuses et de la cavité articulaire.

CHAPITRE VII

Pronostic

Berger dit dans son « Rapport à l'Académie de Médecine » : « L'histoire même des cinq malades (ceux de M. Kirrison) semble indiquer qu'il s'agit plutôt de coxalgies bénignes et dans lesquelles les lésions de la tuberculose n'ont ni une grande profondeur ni une tendance marquée à la diffusion ; ils ont tous, en effet, guéri après réduction de la luxation. »

Nous nous rallions entièrement à cette opinion, en ce qui concerne la luxation envisagée indépendamment de l'affection causale. Nous ne devons pas, en effet, nous laisser influencer par les symptômes alarmants et la déformation si accentuée que l'on observe dans la luxation. Dès que le diagnostic sera posé, dans le sommeil chloroformique qui nous aura permis de l'affirmer, nous pourrons aussitôt procéder à la réduction. L'observation nous a appris que la contention en est facile et qu'il n'y a pas à craindre

de récidence : c'est qu'en effet, ces luxations sont compatibles avec une intégrité presque complète des surfaces osseuses, de la capsule, des ligaments, en un mot de l'articulation toute entière.

Nous sommes loin du pronostic sombre des luxations de la période terminale de la coxalgie, puisque nous agissons à une époque où les altérations profondes n'ont pas eu le temps de se produire et que, de ce fait, les conditions sont analogues à celles des luxations traumatiques.

Mais, si nous examinons nos observations, nous pensons, qu'en ce qui concerne le pronostic de la coxalgie, cause de la luxation, M. Berger fait preuve d'un optimisme peu justifié ; loin de céder à la réduction, elle continue, au contraire, à évoluer, et ses inconvénients prochains ou éloignés ne sont pas minimes. La durée du traitement est, en général, assez longue : de 2 à 14 mois. (Obs. Kirmisson.) Dans la moitié des cas, il y eut des abcès consécutifs, qui se reproduisirent même après ponctions suivies d'injections d'éther iodoformé. Ailleurs, le malade marche avec des béquilles, ou, après 4 abcès consécutifs, sort de l'hôpital, non guéri. Dans notre observation personnelle, nous sommes au 7^{me} mois après la réduction ; la maladie continue à évoluer avec température à grandes oscillations, état général peu satisfaisant. M. le Professeur Frœlich a dû pratiquer l'arthrotomie, le drainage de l'articulation et le grattage du cotyle coxal. Le pronostic est, dans notre cas, plutôt grave.

Au reste, M. Berger lui-même semble moins affir-

matif, quand il dit à la fin de son rapport : « Ainsi que le montrent les observations de Kirmisson, la guérison n'est plus qu'une affaire de temps, et les seuls risques sont ceux qui dépendent de l'intensité et de l'étendue du processus tuberculeux. La guérison complète n'existe pas et tout ce que l'on peut espérer, c'est une pseudo-guérison, sans attitude vicieuse, sans déformation ou raccourcissement notables, mais avec plus ou moins d'atrophie musculaire et de raideur articulaire persistante. »

CHAPITRE VIII

Traitement

Deux modes de traitement s'offrent à nous pour pallier aux accidents de la luxation soudaine du début de la coxalgie : le traitement prophylactique et le traitement curatif.

A part le cas, assez rare, où la luxation est le phénomène initial et révélateur de la coxalgie et où les moyens prophylactiques n'ont pas trouvé à s'exercer, nous devons, quand les symptômes nous auront fait diagnostiquer ou seulement appréhender la coxalgie, mettre l'enfant au repos absolu et exercer sur le membre malade une traction continue. Mais les faits nous ayant montré que ce moyen pouvait être inefficace (Obs. II de Kirmisson), il nous paraît nécessaire d'y adjoindre un plâtre immobilisant le membre en bonne position. Ainsi il conviendra de combiner ces deux moyens. Par là, nous préviendrons, presque à coup sûr, les mouvements brus-

ques que fait le malade pour changer de position dans son lit, la contraction musculaire plus ou moins violente, en un mot, tous les traumatismes légers, insignifiants le plus souvent, que nous observons au début de nos luxations.

Comme ces moyens prophylactiques pourraient sembler à l'entourage du malade disproportionnés à la gravité de la coxalgie au début, les symptômes en étant peu manifestes, nous devons, au besoins, user de notre autorité pour imposer l'extension continue associée au spica plâtré.

Dans les cas, et ce sont du reste les plus fréquents, où la douleur, l'attitude vicieuse, la déformation, nous auront fait diagnostiquer une luxation, ou bien, lorsque celle-ci se sera constituée d'emblée et spontanément, nous déterminerons la position de la tête fémorale par l'examen direct sous chloroforme ou par la radiographie, et nous nous adresserons au traitement curatif : *Réduction sous chloroforme par les manœuvres de douceur*. Il se recommande par trois qualités : Réduction et contention faciles et récidives rares.

En effet, comme le dit Berger : « Dans les luxations pathologiques (entendons par là les pseudo-luxations de la période terminale de la coxalgie), les manœuvres de réduction en une seule séance sous chloroforme n'auraient aucune portée : il y aurait bientôt retour à la luxation ». Cela tient évidemment aux altérations de l'articulation, dans ses parties osseuses surtout, qui graduellement, ont permis à la tête fémorale de se séparer du cotyle. Comme

chez nos malades les altérations n'ont pas eu le temps de se constituer, que les surfaces articulaires sont probablement intactes, nous agirons comme si nous avions à réduire une luxation traumatique ; les manœuvres de réduction seront analogues dans leurs grandes lignes, à ceci excepté, que nous devons éviter toute violence, toute traction sur la cuisse, si nous ne voulons pas avoir à craindre une fracture que faciliterait la tuberculose osseuse, même à son début.

Deux méthodes s'offrent à nous pour effectuer la réduction de la luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque externe. Cette forme de luxation étant la plus fréquente, nous croyons devoir décrire dans ses détails les procédés employés.

I. — a) Le malade étant chloroformé, le bassin immobilisé par un aide, le chirurgien fléchira lentement, doucement et sans brusquerie, la jambe sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. Ce dernier mouvement poussé à fond aura pour effet de faire descendre la tête fémorale au voisinage de la cavité cotyloïde. On aura avantage, dans le cas où l'on pourra accrocher le grand trochanter, à chercher à l'abaisser directement par des pressions douces dirigées d'arrière en avant.

b) On placera la cuisse en légère abduction, ce qui aura pour effet d'amener la tête fémorale sur un plan plus antérieur, sous la cavité cotyloïde.

c) Par un troisième temps qui consiste dans un mouvement de rotation externe très étendu, la tête fémorale prendra une direction propice à sa

réintégration : elle sera, en effet, dirigée en haut et en dedans. Il est nécessaire d'accentuer ce temps de façon à faire décrire au genou un quart de circonférence et à placer la jambe toujours fléchie à angle droit sur le plan du corps.

d) Ceci fait, il ne nous restera plus qu'à faire pénétrer la tête dans la cavité cotyloïde qu'elle avoisine. Ce résultat peut être obtenu par une extension lente de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse. Ce temps est décisif.

En résumé : flexion, abduction, rotation externe et extension pratiquées lentement et poussées à leur extrême limite, sauf l'abduction qui doit être restreinte.

II. D'autre part, M. Kirmisson s'exprime sur le sujet de la façon suivante : « Le malade, étant en-
« dormi jusqu'à résolution musculaire complète, on
« commence par exercer des mouvements alternatifs
« de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduc-
» tion ; puis on arrive graduellement à des mou-
« vements de plus en plus étendus de circumduc-
« tion, au cours desquels on sent habituellement la
« tête glisser et réintégrer avec un bruit caractéris-
« tique la cavité cotyloïde. Deux fois seulement, nous
» avons du associer à ces manœuvres des pressions
« directes exercées d'arrière en avant sur le grand
« trochanter pour compléter la réduction. »

Ces deux procédés nous paraissent excellents et également susceptibles de conduire à la réduction de la luxation. Ils sont d'ailleurs analogues sur plusieurs points. Toutefois les difficultés rencontrées

au cours de l'opération, la nécessité de n'agir qu'avec la plus extrême douceur, peuvent faire préférer l'une à l'autre méthode.

Le chirurgien devra donc se déterminer d'après les circonstances ; mais la première méthode, plus classique, répond peut-être moins bien aux indications spéciales qui nous occupent.

Dans le cas signalé par Joüon et dont nous rapportons l'observation : luxation de la tête du fémur en bas et en avant dans le trou ovale, M. Gérard-Marchant a réduit très facilement la luxation, pourtant déjà ancienne, par la flexion progressive du membre, puis par un mouvement combiné d'adduction et de rotation en dedans. A la troisième reprise, la tête fémorale a réintégré la cotyloïde.

La réduction étant effectuée, il est nécessaire d'en rendre toute récurrence impossible. Un appareil plâtre embrassant tout le membre inférieur, auquel on pourra ajouter une traction continue destinée à soulager les surfaces articulaires, nous en fourniront les moyens.

D'habitude, pendant les premiers jours qui suivent la réduction, on observe une élévation de température assez considérable : deux degrés environ ; mais ce phénomène disparaît rapidement, ordinairement du moins, car dans le cas qui fait l'objet de notre observation personnelle, il n'en fut pas ainsi.

Généralement, après l'intervention, les enfants voient la douleur disparaître, l'appétit, le sommeil et l'entrain revenir ; l'état général redevient meilleur. En un mot, la santé est plus satisfaisante. En aucun

cas, il n'a existé de faits de généralisation tuberculeuse, paraissant liées à des manœuvres de redressement, ce que l'on observe quelquefois dans les redressements forcés de la luxation de la hanche aux périodes ultimes de la coxalgie.

Quant aux suites éloignées de la réduction, nous avons déjà fait quelques réserves au chapitre du pronostic. Nous le répétons, cette réduction n'enraye pas l'évolution du processus tuberculeux. Des abcès ne tardent pas à apparaître, nécessitant une intervention nouvelle; les soins à donner sont quelquefois longs et obligent à un séjour prolongé à l'hôpital.

En présence de ces accidents post-opératoires qui se sont produits dans presque tous les cas que nous avons relatés, on peut se demander s'il ne vaudrait pas mieux par le traitement général d'une part, par le traitement spécial à la coxalgie d'autre part, guérir d'abord nos malades de leur arthrite de la hanche et une fois ce résultat obtenu, procéder seulement à la réduction. Nous serions en droit, à ce moment, de ne plus avoir à redouter le regain d'activité que cette réduction peut donner à la tuberculose articulaire et dont notre observation est un exemple. D'ailleurs les réductions effectuées longtemps après la luxation, ne comportent pas de pronostic plus grave que celles qui ont été faites sur le champ. M. Gérard-Marchant n'a-t-il pas en effet réduit une luxation vieille de 18 mois? Les résultats immédiats ou éloignés en furent excellents, peut-être à cause de cette attente, involontaire du reste.

Nous nous garderons d'être affirmatif sur ce point : l'idée étant encore trop récente et sa valeur n'ayant pu être démontrée par un nombre suffisant d'observations cliniques.

CHAPITRE IX

Conclusions

Nous avons établi l'existence de luxations soudaines au début de la coxalgie. M. Kirmisson est le premier qui les ait signalées, et qui nous en ait donné une description exacte, car dans les ouvrages classiques il n'en est fait aucune mention :

1° Le triple caractère de précocité, soudaineté, spontanéité, confère à ces luxations une physionomie clinique particulière; les autres signes physiques étant analogues à ceux des luxations traumatiques. Elles se produisent le plus souvent dans la fosse iliaque externe ;

2° L'exploration radiographique montre que les lésions des parties osseuses articulaires sont peu accentuées, fait que vérifie aussi la facilité de la réduction et de la contention. Ces luxations sont vraies, les autres luxations de la coxalgie ne sont que des pseudo-luxations ;

3° La pathogénie ressortit en dernière analyse à la contraction musculaire ;

4° Le diagnostic de nos luxations est facile. Il convient cependant de les différencier des attitudes vicieuses de la coxalgie et des luxations qui se produisent aux cours des maladies aiguës et des grandes pyréxies ;

5° Le pronostic, bénin en ce qui concerne la réduction de la luxation, est à réserver quant à l'évolution ultérieure de la coxalgie ;

6° Le traitement prophylactique rendra des services dans les cas où il pourra être appliqué à temps. Le traitement curatif qui consiste en la réduction sous chloroforme par les manœuvres de douceur, s'impose aussitôt le diagnostic établi. Peut-être cependant, l'expérience clinique future conseillera-t-elle de garder un délai entre l'apparition de la luxation et sa réduction.

Vu :

Nancy, le 24 Décembre 1910.

Le Président de la Thèse,
ROHMER.

Vu :

Nancy, le 3 janvier 1911.

Le Doyen,
GROSS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 4 janvier 1911.

Le Recteur de l'Académie,
CH. ADAM,
Correspondant de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- ARDISSON. — Des luxations spontanées de la hanche. (Thèse Montpellier, 1902-1903).
- BAZIRE. — Thèse de Paris, 1860.
- BERGER. — Rapport sur une communication de M. Kirrison intitulée : Des luxations soudaines de la hanche dans les périodes de début de la coxalgie. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 3^e série, tome XLIV, page 629, 27 novembre 1900).
- BOUVIER. — Luxations spontanées de la hanche. (Bulletin de la Société de Chirurgie, 1853).
- BOYER. — De la luxation spontanée ou consécutive du fémur. (Traité des maladies chirurgicales, tome IV, page 305).
- CABOCHE. — Des luxations subites de l'articulation coxo-fémorale se produisant au cours de la coxalgie et de certaines maladies aiguës. (Revue d'orthopédie, Paris 1898, page 283-298).
- CALOT. — Traitement des luxations spontanées du fémur dans la coxalgie. (Congrès français de chirurgie, procès-verbal 1892).
- CHAMPENOIS. — Des luxations subites au cours des maladies aiguës. (Thèse de Lille, 1894).
- DEGEZ. — Des luxations subites de la hanche, consécutives aux maladies aiguës. (Thèse de Paris, 1898).
- DESAULT. — Mémoire sur les luxations consécutives du fémur. (Œuvres publiées par Bichat, 1793).
- DUPLAY. — Leçons sur les luxations spontanées et la coxalgie. (Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, 3^e série, 1900). (Presse médicale, mai 1898).
- ETIENNE (G.) — Revue neurologique, n^o 7, 1899.

- ETIENNE (J. L.) — Des luxations spontanées dans les diverses affections. (Thèse de Nancy, 1902).
- FORGUE et MAUBRAC. — Des luxations pathologiques : leur pathogénie, 1886, un vol. in-8.
- GAULEJAC (de) — Contribution à l'étude des luxations pathologiques de la hanche chez les enfants. (Thèse de Lyon, 1903-1904, n° 89).
- GILBERT. — Etude clinique de la coxalgie des enfants. (Thèse de Paris, 1859).
- LE GUICHAOUA. — Des variétés rares de luxations spontanées de la coxalgie. (Thèse de Paris, 1901).
- HUMBERT de MORLAY et JACQUIER. — Sur la manière de réduire les luxations spontanées. (Paris, 1835).
- HARTMANN. — Revue d'orthopédie. (Mai, 1894).
- JOÛON. — Des luxations soudaines de la hanche au début de la coxalgie. (Thèse de Paris, 1901).
- KIRISSON. — Des luxations subites au cours de la coxalgie. (Revue d'orthopédie, 1899, page 26).
Article coxalgie du traité de chirurgie de Duplay et Reclus, 1899, Tome VIII, page 589 et suivantes.
- KÜMMER. — La luxation coxo femorale dite spontanée. (Revue de chirurgie, 1898, Tome XV.II, pages 55, 111, 319, 632).
- LABBÉ. — De la coxalgie. (Thèse de concours Paris, 1863).
- LANNELONGUE. — Coxo-tuberculose. (Paris 1886).
- LARREY. — Clinique chirurgicale. (Tome V, page 221).
Campagnes et Mémoires de chirurgie militaire. (Tome V, page 394).
- LESAUVAGE. — Mémoires sur les luxations dites spontanées du fémur. (Archives générales de Médecine, 1835, 2^e série, Tome IX, page 257).
- MAISONNEUVE. — De la coxalgie. (Thèse de Concours, 1844).
- MALGAIGNE. — Leçons d'orthopédie, 1862.
Traité des fractures et luxations. Tome II, 1862.
- MARTIN et COLLINÉAU. — De la coxalgie. (Paris 1865).
- NOVÉ-JOSSERAND. — De la radiographie dans le diagnostic et le traitement de la coxalgie. (Province médicale Lyon, 1899, page 98).
- PARISE. — Recherches historiques, physiologiques et pathologiques, sur le mécanisme des luxations spontanées ou sympto-

matiques du fémur. Archives générales de médecine 1842, 3^e série, Tome XIV.

PETIT (J. L.) — Mémoires à l'Académie des sciences (7 Février 1722) et traité des maladies des os.

RECLUS. — Des luxations paralytiques du fémur. (Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie, 1878, page 176).

SAINT-AGNÈS. — Contribution à l'étude de la luxation dans la coxalgie. (Thèse de Paris, 1885).

SABATIER. — Mémoire sur les luxations consécutives du fémur. (Académie royale de chirurgie, Tome V, page 795).

VERNEUIL. — Bulletin et mémoires de la Société de Chirurgie, 31 octobre 1883.

Sur le redressement brusque de la coxalgie. (Gazette hebdomadaire, 1854, page 750).

Gazette des hôpitaux, 1852, pages 64, 68.



TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
AVANT-PROPOS	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	7
CHAPITRE II. — Observations	10
CHAPITRE III. — Symptomatologie.....	24
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique.....	31
CHAPITRE V. — Pathogénie.....	34
CHAPITRE VI. — Diagnostic	41
CHAPITRE VII. — Pronostic	47
CHAPITRE VIII. — Traitement	50
CHAPITRE IX. — Conclusions.....	57
BIBLIOGRAPHIE	59

